

香芝市 医師⇄ケアマネジャー 連携シート

発信日 年 月 日

医院・クリニック

診療所・病院

先生御侍史



居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

電話番号

FAX

私は、貴院を受診されている_____様のケアマネジャーをしております。

【今回文書をお送りした主旨】

1. 相談、助言等いただきたいことがあります。(返信要)

a ケアプラン作成時の医学的所見について(初回・継続)

b 医療系サービス導入における意見・相談について

c その他()

2. 連絡及び報告させていただきたいことがあります。(返信不要)

相談、連絡・報告内容

医師
ご記入欄

※同封の返信用封筒でご返送をお願いいたします。

返信日： 年 月 日

※1 aにつきましてはこちらにご記入下さい

ケアプランを承認する

ケアプランを承認しない

承認しない理由

※1 b cにつきましてはこちらにご記入下さい

電話してください。

来院してください。

} 月 日 時頃、または 月 日 時頃

その他留意事項がございましたらご記入お願いいたします

御署名